



Настоящее издание по сути является национальным руководством для врачей в Российской Федерации по формулировке судебно-медицинского/патологоанатомического диагноза, выбору и кодированию причин смерти в соответствии с требованиями МКБ-10, а также оформлению медицинского свидетельства о смерти (МСС) с целью совершенствования статистики смертности населения.

Руководство содержит унифицированные правила формулировки судебно-медицинского/патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования причин смерти, оформления МСС в соответствии с положениями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», требованиями МКБ-10, а также с приказами и методическими рекомендациями Минздрава России, клиническими и методическими рекомендациями Российского общества патологоанатомов и Ассоциации судебно-медицинских экспертов.

Приведены примеры формулировок судебно-медицинских и патологоанатомических диагнозов и оформления МСС. Нозологические формулировки диагнозов, содержащие информацию, необходимую для кодирования в соответствии с требованиями МКБ-10, выделены полужирным шрифтом, чего не требуется при оформлении диагнозов в медицинской документации.

Руководство предназначено врачам судебно-медицинским экспертам, патологоанатомам и клиницистам различных специальностей, специалистам по медицинской статистике, студентам медицинских вузов старших курсов, а также может быть полезным для главных специалистов органов здравоохранения, руководителей медицинских организаций.

ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО
И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ,
ВЫБОРА И КОДИРОВАНИЯ ПРИЧИН СМЕРТИ ПО МКБ-10

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ, ВЫБОРА И КОДИРОВАНИЯ ПРИЧИН СМЕРТИ ПО МКБ-10

Под редакцией
профессора В.А. Клевно,
профессора О.В. Зайратьянца



ISBN 978-5-9704-7112-8



9 785970 471128 >



www.geotar.ru
www.medknigaservis.ru



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»



РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ, ВЫБОРА И КОДИРОВАНИЯ ПРИЧИН СМЕРТИ ПО МКБ-10

Под редакцией
профессора В.А. Клевно,
профессора О.В. Зайратьянца



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2021

*Подготовлено под эгидой Ассоциации судебно-медицинских экспертов
 и Российского общества патологоанатомов*

Авторы:

Клевно Владимир Александрович — д-р мед. наук, проф.;
Зайратьянце Олег Вадимович — д-р мед. наук, проф.;
Забозлаев Федор Георгиевич — д-р мед. наук;
Кактурский Лев Владимирович — д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН;
Какорина Екатерина Петровна — д-р мед. наук, проф.;
Лысенко Олег Викторович — канд. мед. наук;
Максимов Александр Викторович — д-р мед. наук;
Черкасов Сергей Николаевич — д-р мед. наук.

Рецензенты:

Ромодановский Павел Олегович — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, заслуженный врач РФ;
Мешков Дмитрий Олегович — д-р мед. наук, зав. сектором координации научных исследований и информации ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко».

П68 **Правила формулировки судебно-медицинского и патологоанатомического диагнозов, выбора и кодирования причин смерти по МКБ-10** : руководство для врачей / под ред. В. А. Клевно, О. В. Зайратьянца. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022.
 ISBN 978-5-9704-7112-8

Настоящее издание по сути является национальным руководством для врачей в Российской Федерации по формулировке судебно-медицинского/патологоанатомического диагноза, выбору и кодированию причин смерти в соответствии с требованиями МКБ-10, а также оформлению медицинского свидетельства о смерти (МСС) с целью совершенствования статистики смертности населения.

Руководство содержит унифицированные правила формулировки судебно-медицинского/патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования причин смерти, оформления МСС в соответствии с положениями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», требованиями МКБ-10, а также с приказами и методическими рекомендациями Минздрава России, клиническими и методическими рекомендациями Российского общества патологоанатомов и Ассоциации судебно-медицинских экспертов.

Приведены примеры формулировки судебно-медицинских и патологоанатомических диагнозов и оформления МСС. Нозологические формулировки диагнозов, содержащие информацию, необходимую для кодирования в соответствии с требованиями МКБ-10, выделены полужирным шрифтом, чего не требуется при оформлении диагнозов в медицинской документации.

Руководство предназначено врачам судебно-медицинским экспертам, патологоанатомам и клиницистам различных специальностей, специалистам по медицинской статистике, студентам медицинских вузов старших курсов, а также может быть полезным для главных специалистов органов здравоохранения, руководителей медицинских организаций.

УДК [340.66:616-091-07](035.3)
 ББК 58.1я81+52.511я81

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

© Коллектив авторов, 2022
 © ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2022
 © ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,
 оформление, 2022

АВТОРЫ

Клевно Владимир Александрович — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой судебной медицины ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, президент Ассоциации судебно-медицинских экспертов — главный редактор

Зайратьянц Олег Вадимович — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, проф. кафедры судебной медицины ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, главный внештатный специалист патологоанатом Департамента здравоохранения города Москвы, главный специалист-эксперт по патологической анатомии Росздравнадзора по ЦФО РФ, председатель Московского и вице-президент Российского общества патологоанатомов, заслуженный врач РФ — главный редактор

Забозлаев Федор Георгиевич — д-р мед. наук, проф. кафедры клинической лабораторной диагностики и патологической анатомии Академии постдипломного образования ФНКЦ ФМБА России, проф. кафедры судебной медицины ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, главный внештатный специалист по патологической анатомии ФМБА России, зав. патологоанатомическим отделением ФНКЦ ФМБА России, вице-президент Российского общества патологоанатомов, заслуженный врач РФ

Кактурский Лев Владимирович — д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН научный руководитель ФГБНУ «Научно-исследовательский институт морфологии человека имени академика А.П. Авцына», проф. кафедры судебной медицины ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, главный специалист-эксперт по патологической анатомии Росздравнадзора, президент Российского общества патологоанатомов

Какорина Екатерина Петровна — д-р мед. наук, проф., зам. директора по науке и международным связям ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, профессор по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение»

Лысенко Олег Викторович — канд. мед. наук, доцент кафедры судебной медицины ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Максимов Александр Викторович — д-р мед. наук, доц., проф. кафедры судебной медицины ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Черкасов Сергей Николаевич — д-р мед. наук, руководитель сотрудничающего центра ВОЗ по семейству международных классификаций, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», главный научный сотрудник ФГБУ науки «Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова» Российской академии наук

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АГ	— артериальная гипертензия
АД	— артериальное давление
АКШ	— аортокоронарное шунтирование
АНЦА	— антинейтрофильные цитоплазматические антитела
БДУ	— без других указаний
ВААРТ	— высокоактивная антиретровирусная терапия
ВЖК	— внутрижелудочковое кровоизлияние
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ДВС	— диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ДН	— дыхательная недостаточность
ДНК	— дезоксирибонуклеиновая кислота
ЖИ	— желудочковый индекс
ЗВУР	— задержка внутриутробного развития плода
ИБС	— ишемическая болезнь сердца
ИВЛ	— искусственная вентиляция легких
ИМ	— инфаркт миокарда
ИМТ	— индекс массы тела
ИФА	— иммуноферментный анализ
ИЭ	— инфекционный эндокардит
МБТ	— микобактерии туберкулеза
МКБ-10	— Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра; принята ВОЗ в 1989 г. и внедрена в Российской Федерации с 01.01.1999 г.
МКБ-11	— Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 11-го пересмотра; принята ВОЗ в 2019 г. и рекомендована к внедрению государствами с 01.01.2022 г.; в России определен срок в 5 лет (до 2027 г.)
МКФ	— Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
МСПС	— медицинское свидетельство о перинатальной смерти
МСС	— медицинское свидетельство о смерти
ОКС	— острый коронарный синдром
ОНМК	— острые нарушения мозгового кровообращения
ОРДС	— острый респираторный дистресс-синдром
ПС	— перинатальная смертность
ПЦР	— полимеразная цепная реакция
РНК	— рибонуклеиновая кислота
СД	— сахарный диабет
СДЛА	— среднее давление в легочной артерии

- СКФ — скорость клубочковой фильтрации
СМЭ — судебно-медицинская экспертиза
СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита
СПОН — синдром полиорганной недостаточности
ССВО — синдром системного воспалительного ответа
СЭМД — структурированный электронный медицинский документ
ТЛТ — тромболитическая терапия
ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии
ХАИ — хроническая алкогольная интоксикация
ХБП — хроническая болезнь почек
ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких
ХПН — хроническая почечная недостаточность
ЦВБ — цереброваскулярные болезни
ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство
ЩЖ — щитовидная железа
COVID-19 (COronaVirus Disease 2019) — коронавирусная инфекция
SARS (Severe acute respiratory syndrome) — тяжелый острый респираторный синдром

ВВЕДЕНИЕ

Руководство для врачей является результатом консенсуса между судебно-медицинскими экспертами, патологоанатомами, клиницистами и медицинскими статистиками и направлено на повышение качества формулировки судебно-медицинского и патологоанатомического диагнозов, выбора и кодирования причин смерти, а также оформления медицинского свидетельства о смерти (МСС) в соответствии с рекомендациями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10), приказами и методическими рекомендациями Минздрава России, клиническими и методическими рекомендациями Российского общества патологоанатомов и Ассоциации судебно-медицинских экспертов с целью совершенствования статистики смертности населения.

Международная классификация болезней (МКБ) — стандартная методика сбора данных о заболеваемости и смертности, предназначенная для кодирования и статистической обработки медицинской информации. Она позволяет врачам всего мира действовать в одном направлении и разговаривать на одном — всем понятном языке. МКБ переведена на десятки языков и используется в 117 странах мира.

В настоящее время в странах — членах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) — действует 10-й пересмотр МКБ, принятый 43-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1989 г., в который специально созданный в 1999 г. комитет экспертов ВОЗ (WHO ICD-10 Update Reference Committee) ежегодно вносит изменения и дополнения.

В Российской Федерации применяется официальное, утвержденное ВОЗ русскоязычное издание 1995 г. международной версии МКБ-10 от 1989 г., а с 01.09.2021 — с учетом официального русского перевода от 2019 г. международной версии МКБ-10 от 2016 г., а также дополнений и изменений в международной версии МКБ-10 до 2021 г.

Приказ Минздрава России от 04.12.1996 № 398 «О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации» возложил на врачей (судебно-медицинских экспертов, патологоанатомов, клиницистов), а не специалистов по медицинской статистике («кодировщиков»), как в большинстве стран мира, обязанность кодировать заболевания и причины смерти по МКБ (тогда МКБ 9-го пересмотра) при оформлении диагнозов, МСС и иной медицинской документации.

Цель руководства — внедрить в практику унифицированные правила формулировки судебно-медицинского и патологоанатомического диагнозов, выбора и кодирования причин смерти, а также оформления МСС в соответствии с рекомендациями МКБ-10, положениями Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказами и методическими рекомендациями Минздрава России,

клиническими и методическими рекомендациями Российского общества патологоанатомов и Ассоциации судебно-медицинских экспертов.

Правила формулировки диагнозов, выбора и кодирования причин смерти могут изменяться в будущем по мере накопления новых научных знаний и совершенствования семейства международных классификаций.

Основные требования к формулировке заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов являются едиными. Это обусловлено сходными правилами формулировки и необходимостью их сличения (сопоставления) при проведении клинико-экспертной работы с целью оценки качества оказания медицинской помощи и решения ряда правовых вопросов. Соблюдение этих требований должно быть неукоснительным для врачей всех специальностей и во всех медицинских организациях^{1, 2, 3, 4}.

В руководстве приведены сокращенные, не детализированные (как это требуется на практике) примеры формулировки судебно-медицинского и патологоанатомического диагнозов, оформления МСС. В примерах диагнозов нозологические формулировки заболеваний и их основных осложнений, включая смертельное, содержащие информацию необходимую для кодирования, в соответствии с рекомендациями МКБ-10, выделены полужирным шрифтом, что не требуется при оформлении диагнозов в медицинской документации.

Диагноз — один из важнейших объектов стандартизации в здравоохранении, основа клинико-экспертной работы и управления качеством медицинских услуг, фундамент экономики здравоохранения и документальное свидетельство профессиональной квалификации врача. Достоверность данных, представляемых органами здравоохранения о смертности населения, зависит от унификации и точного соблюдения правил формулировки диагнозов и оформления МСС. Особенно высока ответственность, возложенная на врачей судебно-медицинских экспертов и патологоанатомов.

Необходимость издания национального руководства обусловлена применением в настоящее время в разных медицинских организациях различных, нередко устаревших, рекомендаций по формулировке диагноза, выбору и кодированию причин смерти, а также по оформлению МСС, не соответствующих

¹ Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации. Серия «Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов» / под ред. Г.А. Франка, О.В. Зайратьянца, П.Г. Малькова, Л.В. Кактурского. Москва : Практическая медицина, 2016.

² Судебно-медицинский диагноз: руководство / Клевно В.А., Кучук С.А., Лысенко О.В. [и др.]; под ред. проф. В.А. Клевно. Москва : Ассоциация СМЭ, 2015, 315 с.: ил. ISBN 978-5-9905503-4-6.

³ Забозлаев Ф.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Клевно В.А., Кучук С.А., Максимов А.В. Методические рекомендации по сопоставлению заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов. Судебная медицина. 2019; 5(4). С. 48–56. <http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2019-5-4-48-56>.

⁴ Методическое руководство по сопоставлению заключительного клинического и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов. Возрастная группа: дети/взрослые. МР 109. Минздрав России, 2019. 32 с. <https://apicr.minzdrav.gov.ru/static/MP109.PDF>.

положениям статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», рекомендациям Минздрава России и обновленной версии МКБ-10, в которую экспертами ВОЗ к 2021 г., после утверждения МКБ-10 Всемирной Ассамблеей здравоохранения в 1989 г., внесено более 5000 изменений и обновлений.

Руководство для врачей послужит концептуальной основой для переходного периода по правилам формулировки судебно-медицинского и патологоанатомического диагнозов, выбора и кодирования причин смерти при введении международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 11-го пересмотра (МКБ-11).

Новое, одиннадцатое издание МКБ ВОЗ представила и утвердила на очередной Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2019 г., а вступает в силу МКБ-11 с 1 января 2022 г. МКБ-11 должна упростить для врачей кодирование заболеваний — специальная программа поможет выбирать верные коды, но число кодов теперь будет больше почти в 4 раза. Внесены и другие изменения, с учетом современных классификаций многих заболеваний. В России, как и в других странах — членах ВОЗ, для перехода на МКБ-11 с 01.01.2022 г.; определен срок в 5 лет (до 2027 г.).

МКБ-11 существует и будет доступна только в электронной форме, а в печатном виде ее издание невозможно в связи с особенностями новой классификации, требующими применения компьютерных программ.

Минздравом России создана специальная межведомственная рабочая группа по внедрению МКБ-11 на территории Российской Федерации. В ее составе главными внештатными специалистами Минздрава России, а также Федеральным медико-биологическим агентством, Министерством труда и социальной защиты населения Российской Федерации и Федеральной службой государственной статистики (Росстатом) организованы экспертные подгруппы по направлениям в соответствии с классами МКБ-11. Задачей работы экспертных подгрупп является адаптация завершеного к середине 2021 г. технического перевода МКБ-11 на русский язык путем согласования переведенных терминов с терминологией, используемой в практическом здравоохранении на территории Российской Федерации.

Глава 1

МКБ-10: цель, области применения, общие принципы и структура

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (сокращенно называемая МКБ), представляет собой систему рубрик, в которой конкретные нозологические единицы включены в соответствии с принятыми критериями (МКБ-10, том 2).

Целью МКБ является создание единых правил для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или различных регионах одной страны или в разное время. МКБ используется для преобразования словесной клинической формулировки диагноза болезней, их осложнений или других проблем, связанных со здоровьем (например, причин обращения больного за медицинской помощью), в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализ информации.

МКБ является международной стандартной диагностической классификацией для решения эпидемиологических задач, а также задач, связанных с управлением здравоохранением. Эти задачи включают анализ здоровья населения и отдельных его групп, мониторинг распространенности болезней и других проблем, связанных со здоровьем, их взаимосвязи с различными факторами риска, включая индивидуальные особенности или обстоятельства, влияющие на состояние здоровья отдельных людей. МКБ не предназначена и непригодна для индексации отдельных клинических случаев. МКБ не предназначена и не должна использоваться для решения финансовых вопросов, таких как определение стоимости медицинской помощи и возмещение затрат медицинских организаций и тем более не должна использоваться в качестве аналога клинической классификации.

На первом этапе МКБ использовалась для классификации только причин смерти, указанных в МСС. Впоследствии, после определенной доработки, ее стали использовать для кодирования прижизненных состояний.

В настоящее время МКБ предусматривает возможность сбора данных о широком спектре признаков, симптомов, отклонений, обнаруженных в процессе исследований, жалоб, социальных обстоятельств, которые могут указываться вместо диагноза в медицинской документации. Благодаря этому МКБ может быть использована для классификации данных, внесенных в такие графы, как «диагноз», «причина госпитализации», «состояния, по поводу которых про-

дилось лечение», «причина обращения за медицинской помощью», которые могут присутствовать в разнообразных медицинских документах, откуда извлекается информация.

МКБ включает в себя классификацию лекарственных средств, биологических препаратов и веществ немедицинского назначения, последствия болезней и меры социальной поддержки, причины обращения за медицинской помощью, факторы риска, вопросы нетрудоспособности и инвалидности, специальные перечни для международных статистических разработок.

Следовательно, в более широком плане, основной задачей МКБ является обеспечение единых правил кодирования диагностических состояний (перевод словесной формулировки диагноза в буквенно-цифровой код) и группировки болезней для целей международного сопоставления.

Хотя МКБ пригодна для решения многих прикладных задач, она не позволяет удовлетворить запросы всех потенциальных пользователей. Она не предоставляет достаточной детализации, не может описать степень функционирования как одного из аспектов состояния здоровья, не включает в себя весь массив данных по медицинским вмешательствам.

В связи с этим возникла концепция нескольких, связанных между собой и построенных на единых подходах международных классификаций. Принципы, заложенные Всемирной ассамблеей здравоохранения в МКБ-10 в 1989 г., дают основу для развития «семейства» международных классификаций. Дальнейшее развитие концепции «семейства классификаций» происходило на основе практического использования МКБ-10 и связанных с ней классификаций состояний здоровья ВОЗ. В настоящее время «семейство классификаций» представлено набором взаимосвязанных классификаций, которые предоставляют возможность получения информации о состоянии здоровья и систем здравоохранения.

Если МКБ используется как эталонная классификация для учета данных по заболеваемости и смертности, то характеристики функционирования и ограничения жизнедеятельности в настоящее время объединены в международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). МКБ и МКФ представляют собой два главных блока, на которых строится международное семейство классификаций ВОЗ (МСК-ВОЗ). Вместе они обеспечивают исключительно широкие и точные инструменты, чтобы захватить полную картину здоровья.

МКФ по-новому представляет понятия «здоровье» и «ограничения жизнедеятельности». Базовая идея данного подхода заключается в том, что каждый индивидум может испытывать снижение работоспособности и некоторые ограничения жизнедеятельности. Смещение акцента с причины на следствие позволяет оценивать состояние здоровья и нездоровья на единой основе и использовать одинаковые шкалы для измерения здоровья и ограничения жизнедеятельности. Кроме того, МКФ принимает во внимание социальные аспекты ограничения жизнедеятельности, выходя за рамки медицинского или биологического подхода.

В качестве третьей базовой классификации рассматривается Международная классификация медицинских вмешательств, которая будет внедрена в ближайшее время.

МКБ-10 переведена на 43 языка мира и ее используют 117 стран. В Российской Федерации с 01.01.1999 г. действует 10-й пересмотр МКБ, принятый ВОЗ в 1989 г., в который эксперты ВОЗ ежегодно вносят уточнения и дополнения (приказ Минздрава РФ от 27.05.1997 № 170 (редакция от 12.01.1998) «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра»).

Долгое время для кодирования заболеваний, их осложнений и причин смерти, а также статистического учета причин смерти в Российской Федерации использовался справочник, основанный на томе 1 официального трехтомного русскоязычного издания МКБ-10 от 1995 г. Однако с 01.09.2021 г. Федеральная налоговая служба (ФНС России), Росстат, ФГИС «ЕГР ЗАГС» и медицинские организации используют для этого другой справочник, который представляет собой обновленный (в том числе в соответствии с письмом Минздрава России от 5 декабря 2014 г. № 13-2/1664 и электронной версией нового русскоязычного издания международной версии МКБ-10 от 2016 г., утвержденной ВОЗ в 2019 г.) Алфавитный указатель (том 3) официального трехтомного русскоязычного издания МКБ-10 1995 г. Этот новый Алфавитный указатель размещен на специальном портале Минздрава России <https://nsi.rosminzdrav.ru/#!/news/148>.

В разъяснениях ФНС России (письмо ФНС России в рамках полномочий оператора ФГИС «ЕГР ЗАГС» от 31.08.2021 г. № 21-1-01/0130@ «Об использовании с 01.09.2021 Алфавитного указателя к МКБ-10 и структурированного электронного медицинского документа (СЭМД) о смерти в ФГИС «ЕГР ЗАГС») и Минздрава России (письма Минздрава России от 05.08.2021 № 18-3/13960 и ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России от 30.08.2021 № 7-7/333@) указано, что после вступления в силу с 01.09.2021 г. приказа Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи» при государственной регистрации смерти используется Алфавитный указатель к МКБ-10 как актуальный источник, содержащий причины смерти. В соответствии с приказом № 352н с 01.09.2021 медицинское свидетельство о смерти должно оформляться как на бумажном носителе, так и в форме электронного документа (структурированный электронный медицинский документ, далее — СЭМД). Согласно руководству пользователя по реализации актуальной версии СЭМД о смерти, размещенному на портале оперативного взаимодействия участников Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, в медицинском документе для указания причин смерти используются формулировки из Алфавитного указателя к МКБ-10.

Текстовые значения с одинаковым кодом МКБ-10 в старом справочнике МКБ-10 и в новом Алфавитном указателе могут быть различны. В Алфавитном указателе содержится несколько формулировок (в среднем около 5–6 из адаптированного тома 3 МКБ-10) для одного и того же кода по МКБ-10 (ранее при использовании МКБ-10 для каждого кода было указано единственное возможное значение причины смерти из тома 1). Это позволяет исключить такие неинформативные формулировки причин смерти из тома 1 МКБ-10, как, например,

«Другие заболевания...» (с четвертым знаком «8») и заменить их на названия конкретных болезней из современных классификаций, сохранив тот же код.

Переход на новый справочник МКБ-10 был согласован по времени с переходом с 01.09.2021 г. на новые бланки МСС и правила их оформления (приказ Минздрава России от 15 апреля 2021 г. № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи», вместе с «Порядком выдачи учетной формы № 106/у «Медицинское свидетельство о смерти», «Порядком выдачи учетной формы № 106-2/у «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти»), зарегистрирован в Минюсте России 31.05.2021 № 63697). Использование ряда неопределенных и неточных терминов из тома 1 МКБ-10 при оформлении МСС расценивается как один из существенных дефектов ФГИС «ЕГР ЗАГС», Росстатом и специально организованным Минздравом России в 2021 г. Федеральным центром по кодированию смертности ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Уже с 15.08.2021 г. Федеральный центр по кодированию смертности ведет мониторинг МСС на портале автоматизированной системы мониторинга медицинской статистики ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

МКБ можно рассматривать как язык межведомственного общения и инструмент решения сложнейших задач, стоящих перед государством. В числе пользователей МКБ входят не только специалисты по оказанию и организации медицинской помощи (практикующие врачи, медицинские статистики, органы управления здравоохранением и медицинских организаций), но и представители финансово-экономических и юридических служб, страховые компании, фармацевтические компании, производители медицинской техники и изделий медицинского назначения, пациентские организации, средства массовой информации и многие другие. В данных условиях важно достигать единства в понимании и трактовке данных, которое достигается неукоснительным исполнением требований и правил МКБ, инструкций по ее использованию.

МКБ в обязательном порядке должна быть предметом обучения на этапе подготовки врача в медицинском ВУЗе, и в дальнейшем каждый специалист должен совершенствовать свои навыки использования МКБ в своей практической работе. На настоящем же этапе перед всем мировым медицинским сообществом основными задачами являются повышение качества использования МКБ-10, повышение квалификации персонала, занимающегося кодированием диагностической информации, и внедрение автоматизированных систем кодирования, подготовка к переходу на МКБ-11, как последовательного развития принципов МКБ-10. Эти задачи очень актуальны и для системы здравоохранения Российской Федерации.

Глава 2

Базовая структура и принципы классификации, принятые в МКБ

МКБ является переменнo-осевой классификацией. Ее структура разработана на основе классификации, предложенной Уильямом Фарром более чем 100 лет назад. Основным принципом предложенной им схемы заключался в том, что, независимо от поставленных практических или эпидемиологических целей, статистические данные о болезнях должны быть сгруппированы следующим образом:

- эпидемические болезни;
- конституциональные или общие болезни;
- болезни, связанные с развитием;
- травмы;
- местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации.

Эта структура представлена и в МКБ-10 и считается более удобной для основных эпидемиологических целей, чем любая другая из предложенных и апробированных альтернатив.

Четыре первые группы из перечисленных выше являются специальными группами. Оставшаяся группа «местных болезней, сгруппированных по анатомической локализации», включает в себя классы МКБ для каждой из основных систем организма.

Основу МКБ составляет перечень трехзначных рубрик, каждая из которых может быть далее подразделена на четырехзначные подрубрики числом до десяти. Вместо чисто цифровой системы кодирования в предыдущих пересмотрах МКБ, в 10-м пересмотре использован буквенно-цифровой код с буквой в качестве первого знака и цифрой во втором, третьем и четвертом знаке кода. Четвертый знак следует за десятичной точкой. Таким образом, возможные номера кодов простираются от A00.0 до Z99.9.

МКБ-10 состоит из трех томов:

- **том 1** содержит основную классификацию;
- **том 2** — инструкции для пользователей по применению МКБ;
- **том 3** — нозологические термины, приближенные к клиническим. Настоящий том построен по алфавитному принципу («Алфавитный указатель»). Количество терминов, включенных в данный том, значительно превышает объем терминов, содержащихся в первом томе. Алфавитный указатель в настоящее время значительно переработан и дополнен,

а с 01.09.2021 г. включен вместо тома 1 МКБ-10 как справочник кодов и терминов МКБ-10 во все организации, ведущие учет заболеваемости и смертности в Российской Федерации, включая ФНС России, Росстат, ФГИС «ЕГР ЗАГС» и медицинские организации.

Большую часть тома 1 занимает основная классификация, состоящая из полного перечня трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик, разделенных на 22 класса.

В томе 1 также содержится следующее.

- Специальные перечни для сводных статистических разработок. Поскольку полный перечень четырехзначных подрубрик, и даже перечень трехзначных рубрик, слишком объемный, чтобы быть представленным в каждой статистической таблице, в большинстве статистических отчетов используется сокращенный перечень рубрик и подрубрик, в котором выделяются некоторые отдельные состояния, а другие группируются. Составной частью МКБ являются четыре специальных перечня для сводных статистических данных о смертности. Перечни 1 и 2 касаются общей смертности, перечни 3 и 4 — младенческой и детской смертности (возрастные группы от 0 до 4 лет). Имеется также специальный перечень для разработки сводных статистических данных о заболеваемости.
- Определения, которые были приняты Всемирной ассамблеей здравоохранения и включены для облегчения международной сопоставимости данных.
- Номенклатурные правила, принятые Всемирной ассамблеей здравоохранения и устанавливающие официальную ответственность государств — членов ВОЗ в отношении использования классификации болезней и причин смерти, составления и публикации статистических данных.

Первым знаком кода в МКБ-10 является буква; каждая буква соответствует определенному классу, за исключением буквы D, которая используется в классах II «Новообразования» и III «Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм», а также буквы H, которая используется в классе VII «Болезни глаза и придаточного аппарата» и в классе VIII «Болезни уха и сосцевидного отростка». Четыре класса (классы I, II, XIX и XX) используют более одной буквы в первом знаке своих кодов.

Классы I–XVII включают термины и коды заболеваний и других патологических состояний, класс XVIII включает термины и коды симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, класс XIX включает термины и коды травм, отравлений, а класс XX включает термины и коды внешних причин болезней и смерти.

В 10-й пересмотр (МКБ-10) включено 2 новых класса: XXI «Услуги здравоохранения и факторы, влияющие на состояние здоровья населения», который предназначен для классификации данных, объясняющих причину обращения в учреждение здравоохранения человека, не являющегося больным в данное время, или обстоятельств, в силу которых пациент получает медицинскую помощь именно в это время, и XXII «Коды для специальных целей». В настоящее время в класс XXII «Коды для специальных целей» включены коды U00–U85 «Временные обозначения новых диагнозов неясной этиологии или аварийно-

го использования» (включая коды для коронавирусной инфекции COVID-19 (COronaVirus Disease 2019) — U07.1 и U07.2).

Классы подразделяются на однородные блоки трехзначных рубрик. Диапазон рубрик, входящих в данный блок, дан в скобках после каждого названия блока. В рамках каждого блока некоторые из трехзначных рубрик предназначены только для одной болезни, отобранной вследствие ее частоты, тяжести, восприимчивости к воздействию системы здравоохранения, в то время как другие трехзначные рубрики предназначены для групп болезней с некоторыми общими характеристиками. В блоке обычно имеются рубрики для «других» состояний, дающие возможность классифицировать большое число различных, но редко встречаемых состояний, а также «неуточненные» состояния.

Большинство трехзначных рубрик подразделены посредством четвертого цифрового знака после десятичной точки для того, чтобы можно было использовать еще до 10 подрубрик. Если трехзначная рубрика не подразделена, рекомендуется использовать букву «X» для заполнения места четвертого знака, чтобы коды имели стандартный размер для статистической обработки данных. Четырехзначные подрубрики могут определять, например, различные локализации или разновидности одной болезни, если трехзначная рубрика предназначена только для одной болезни, или же отдельные болезни, если трехзначная рубрика предназначена для группы болезней. Четвертый знак .8 обычно используется для обозначения «других» состояний, относящихся к данной трехзначной рубрике, а знак .9 чаще всего используется, чтобы выразить то же понятие, что и название трехзначной рубрики, в случае отсутствия какой-либо дополнительной информации. Когда одинаковые четвертые знаки используются для нескольких трехзначных рубрик, значение этих четвертых знаков указывается только 1 раз — перед началом перечисления рубрик. В каждой такой рубрике дается примечание, указывающее, где содержатся более детальные сведения, например, рубрики O03–O06 для разных типов абортотом имеют общий четвертый знак, отражающий осложнения основного состояния.

Пятый и последующие знаки обычно представляют собой субклассификации по различным осям по отношению к четырехзначному коду. В базовой версии МКБ-10 они содержатся в следующих классах: XIII — подрубрики по анатомической локализации; XIX — подрубрики для обозначения открытых и закрытых переломов, а также внутрочерепных, внутригрудных и внутрибрюшных повреждений с открытой раной и без нее; XX — подрубрики для обозначения видов деятельности в момент происшествия. В России пятый и последующий знаки кодов при оформлении диагнозов и МСС не употребляются.

Для обеспечения правильного кодирования диагностических состояний необходимо неукоснительно соблюдать алгоритм кодирования и выполнять все правила и требования МКБ. При работе с классификацией в обязательном порядке нужно использовать все три тома. Можно случайно найти правильный код только с помощью первого тома, однако это может занять много времени и привести к ошибкам кодирования.

Следует помнить, что нельзя пользоваться сокращенными вариантами классификаций и выдержками из классификации, составленными другими врачами. Также нельзя использовать неофициальные электронные версии

МКБ-10, взятые из интернета, так как они могут содержать множество ошибок. В России не существует ни одной электронной официальной версии МКБ-10. Сотрудничающий центр ВОЗ поддерживает и гарантирует качество только бумажных версий. Электронные справочники могут использоваться только как составная часть автоматизированных систем кодирования, в которых реализован алгоритм кодирования (см. соответствующую главу). Правильно и полноценно использовать классификацию могут только специалисты, обученные по программе тематического усовершенствования (72 ч) и успешно сдавшие аттестационный экзамен. В настоящее время формируется реестр таких специалистов. На уровне врачей клинических специальностей достаточно более короткого обучения (36 ч). Следует помнить, что в международной версии МКБ том 2, переведенный по требованию ВОЗ практически дословно на русский язык, предназначен не для врачей, а для специалистов по медицинской статистике («кодировщиков»), занимающихся кодированием уже сформулированных врачами диагностических заключений. В России приказом Минздрава России от 04.12.1996 г. № 398 эта задача возложена на врачей всех специальностей, а «кодировщики» отсутствуют. *Поэтому, например, положение тома 2 МКБ-10 о том, что первоначальная причина смерти с ее кодом может не совпадать с основным заболеванием диагноза, как и некоторые другие подобные тезисы, в России недопустимы.*

Специальный алгоритм кодирования, который необходимо неукоснительно соблюдать при отсутствии специальных компьютерных программ для выбора кодов, включает следующие положения (упрощенное изложение)¹.

1. В медицинском документе, содержащем информацию о болезни или причине смерти, нужно определить формулировку диагноза, рубрики которого (заболевания, травмы и их осложнения) подлежат кодированию («нозологическая формулировка диагноза»). Для этого нужно обратиться к справочнику «Алфавитный указатель» на специальном портале Минздрава России <https://nsi.rosminzdrav.ru/#!/news/148> (модифицированному варианту разделов 1 и 2 Алфавитного указателя тома 3 МКБ-10).
2. В рубриках диагноза, подлежащих кодированию, нужно выделить ведущий термин и найти его в Алфавитном указателе. В случае болезней и травм обычно это название патологического состояния в форме существительного. Следует помнить, однако, что в Алфавитный указатель в качестве ведущих терминов включены названия некоторых болезненных состояний, выраженные в форме прилагательного или причастия. Следует учитывать, что, несмотря на внесенные в 2021 г. в справочник «Алфавитный указатель» дополнения и изменения, ряда терминов, особенно из современных клинических классификаций, в нем (тем более в томе 3 МКБ-10) не содержится. Например, отсутствует «крупноочаговый кардиосклероз» (хотя есть «постинфарктный»). Кроме того, в справочнике встречаются устаревшие термины, которые недопустимо применять (например, «хроническая пневмония»).

¹ Данное издание не ставит задачу обучения кодированию и объяснение всех правил и требований МКБ. Для получения этой информации необходимо обращаться к специальным руководствам по кодированию.

3. Необходимо учесть и руководствоваться всеми примечаниями, расположенными под ведущим термином, а также терминами, указанными в круглых скобках после ведущего термина (эти термины не всегда оказывают влияние на код).
4. Осуществить поиск всех слов из рубрик диагноза, подлежащих кодированию, которые находятся с различными отступами под ведущим термином (эти термины могут оказывать влияние на код). Необходимо учитывать все перекрестные ссылки («см.» и «см. также»).
5. После определения кода необходимо обратиться к Полному перечню рубрик (том 1) для того, чтобы удостовериться в правильности выбора кода.
6. Необходимо руководствоваться всеми включенными или исключенными терминами, расположенными под выбранным кодом или под названием класса, блока или рубрики.
7. Присвоить код.

Специальные подробные инструкции по выбору кодируемой причины или состояния и по кодированию выбранного состояния даны в специальных руководствах.

МКБ-10 содержит современные (с учетом ежегодных пересмотров классификации экспертами ВОЗ) формулировки нозологических единиц, синдромов, патологических состояний и др., принятых на международном уровне. Российская Федерация, перейдя на МКБ-10, подтвердила тем самым свое согласие использовать международную терминологию. МКБ-10 — официальный юридический документ, который каждый врач обязан использовать в своей практике.

В отечественных классификациях существует ряд терминов, которые допустимо указывать в диагнозах (но не в МСС) и для которых в МКБ-10 имеются синонимы (например, дисциркуляторная энцефалопатия — в МКБ-10 — хроническая ишемия мозга и др.). Частично эта проблема решена после внедрения с 01.09.2021 г. нового справочника в виде модифицированного Алфавитного указателя МКБ-10. Однако если учетная и отчетная медицинская документация содержит формулировки с терминами, не соответствующими МКБ-10 (то есть для которых невозможно определить код), то такой документ считается неправильно оформленным и подлежит возврату и исправлению.

Существенным помощником в работе с МКБ могут стать автоматизированные системы кодирования. Следует отметить, что в медицинском сообществе распространены довольно примитивные представления о таких системах. Многие уверены, что программы контекстного поиска, когда при наборе диагностического термина на клавиатуре автоматически генерируется код МКБ из электронного справочника, или, наоборот, по набранному коду программа представляет диагностический термин (в Российской Федерации нет ни одного рекомендованного экспертами и разрешенного к использованию ВОЗ электронного справочника МКБ — прим. *Сотрудничающего центра ВОЗ в Российской Федерации*) являются вполне адекватным решением. Однако данный подход не только не учитывает правила МКБ, которых больше 200, но и нарушает алгоритм кодирования. Получение адекватной статистической

информации при использовании такой «автоматизированной» системы просто невозможно.

В автоматизированных системах, которые реально способны помочь при кодировании, должны функционировать системы логического, формального, лексического и других видов контроля. Количество алгоритмов проверки и анализа при внесении информации в систему обычно достигает 200–300. Кроме того, в системе должен использоваться международный модуль выбора первоначальной причины смерти и должны быть реализованы механизмы анализа массива ранее введенных данных с использованием гибких запросов. Такая автоматизированная система, базирующаяся на актуальной версии МКБ, действительно может значительно повысить качество статистических данных и существенно экономить временные ресурсы персонала, ответственного за кодирование диагностической информации.

Кроме того, использование автоматизированной системы позволяет формировать статистику не только по первоначальной причине смерти, но и по всем промежуточным состояниям, вплоть до клинической формулировки диагноза в режиме онлайн. В последнее время такие системы были созданы и могут быть использованы в работе медицинских организаций.

¹

¹ Письмо Минздравсоцразвития России от 19.01.2009 № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти»

Глава 4

Медицинское свидетельство о смерти

В настоящее время обновлениями ВОЗ 2016 г. утвержден вариант международной формы МСС, не изменившийся по сравнению с вариантом от 1989 г. (рис. 4.1).

Причина смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью
<p>I</p> <p>Болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти</p> <p>Предшествовавшие причины</p> <p>Патологические состояния, если таковые имели место, которые привели к возникновению вышеуказанной причины; основная причина смерти указывается в последнюю очередь</p> <p>a) Вызванная (или явившаяся следствием)</p> <p>b) Вызванная (или явившаяся следствием)</p> <p>c) Вызванная (или явившаяся следствием)</p> <p>d)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>II</p> <p>Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней</p> <p><i>Сюда не включаются симптомы и явления, сопровождавшие наступление смерти (механизм смерти), такие как сердечная недостаточность, нарушение дыхания и т.д. Включаются болезни, травмы и осложнения, приведшие к смерти</i></p>	<p>.....</p> <p>.....</p>

Рис. 4.1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. ВОЗ. Женева: 1995. Том 2, стр. 35

В Российской Федерации до 2021 г. МСС — учетная форма № 106/у-08 была утверждена приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 26.12.2008 № 782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти».

Данным приказом в МСС был внесен пункт «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» и с данного момента свидетельство по данному разделу соответствовало международным требованиям.

Порядок оформления МСС был изложен в письме Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2009 № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти».

Приказом Минздрава России от 15.04.2021 № 352н (регистрационный номер Минюста РФ № 63697 от 31.05.2021) «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи»¹ с 01.09.2021 г. введены новая учетная форма № 106/у «Медицинское свидетельство о смерти» и порядок выдачи данной учетной формы.

Учетная форма № 106/у «Медицинское свидетельство о смерти» (Приложение № 1 к приказу Минздрава России от 15.04.2021г. № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи») (рис. 4.2).

МСС выдается в течение суток с момента установления причины смерти² медицинской организацией (в том числе являющейся государственным судебно-экспертным учреждением), индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность, или иным уполномоченным лицом в установленном федеральным законом случае³. МСС выдается медицинской организацией в каждом случае смерти. МСС может быть предварительным, окончательным или окончательным вместо предварительного (или окончательного). Окончательное МСС или окончательное вместо предыдущего окончательного должно быть оформлено в период не более 45 сут после предварительного или предыдущего окончательного. Если МСС оформляется на бумажном носителе, допускается не более двух исправлений, причем обязательно с записью на полях «Исправленному верить», подписью врача, оформившего МСС и печатью медицинской организации.

¹ Приказ Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи» (вместе с «Порядком выдачи учетной формы № 106/у "Медицинское свидетельство о смерти», «Порядком выдачи учетной формы № 106-2/у "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти"») (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.2021 № 63697).

² Пункт 1 статьи 8 Федерального закона от 12 января 1996. № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 146).

³ Часть 10 статьи 9 Федерального закона от 5 июня 2012 № 50-ФЗ «О регулировании деятельности российских граждан и российских юридических лиц в Антарктике» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 24, ст. 3067).

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ

К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 106/У

СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи « ____ » _____ 20 ____ г.

(окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен окончательного) (подчеркнуть) ранее выданное свидетельство:

Серия _____ № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего(ей) _____
2. Пол: Мужской Женский
3. Дата рождения: число ____ месяц ____ год ____
4. Дата смерти: число ____ месяц ____ год ____ час ____ мин ____
 Регистрация по месту жительства (пребывания) умершего(ей): субъект Российской Федерации
 Район _____ Город _____
 Населенный пункт _____ Улица _____
 Дом _____ Стр. _____ Корп. _____ Кв. _____ Комн. _____
6. Смерть наступила: На месте происшествия В машине скорой помощи В стационаре
 Дома В образовательной организации В другом месте
- Для детей, умерших в возрасте до 1 года:
 7. Дата рождения: число ____ Месяц ____ Год ____
 Число месяцев ____ число дней ____ Жизни
8. Место рождения: субъект Российской Федерации
 Район _____ Город _____
 Населенный пункт _____ Улица _____
9. Фамилия, имя, отчество (при наличии) матери _____
 Линия отреза

Наименование медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность) _____ Адрес места нахождения _____ Код по ОКПО _____ Номер и дата выдачи лицензии на осуществление медицинской деятельности _____	Код формы по ОКУД Медицинская документация Учетная форма N106/У Утверждена приказом Минздрава России от «15» апреля 2021 г. N 352н
--	---

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи « ____ » _____ 20 ____ г.

(окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен окончательного)

(подчеркнуть) ранее выданное свидетельство:

серия _____ № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) умершего(ей) _____
2. Пол: Мужской Женский
3. Дата рождения: Число ____ Месяц ____ Год ____
4. Документ, удостоверяющей личность умершего: _____ Серия _____ Номер _____
5. СНИЛС _____
6. Полис ОМС _____
7. Дата смерти: Число ____ Месяц ____ Год ____ Час ____ Мин ____
8. Регистрация по месту жительства (пребывания) умершего(ей): субъект Российской Федерации
 Район _____ Город _____
 Населенный пункт _____ Улица _____
 Дом _____ Стр. _____ Корп. _____ Кв. _____ Комн. _____
9. Местность: Городская Сельская
10. Место смерти: субъект Российской Федерации
 Район _____ Город _____
 Населенный пункт _____ Улица _____
 Дом _____ Стр. _____ Корп. _____ Кв. _____ Комн. _____
11. Местность: Городская Сельская
12. Смерть наступила: _____ На месте происшествия В машине скорой помощи В стационаре
 Дома В образовательной организации В другом месте
13. * Для детей, умерших в возрасте от 168 часов до 1 месяца:
 Доношенный (37–41 недель) Недоношенный (менее 37 недель)
 Переношенный (42 недель и более)
14. * Для детей, умерших в возрасте от 168 час. До 1 года:
 Масса тела ребенка при рождении (грамм) _____ каким по счету был ребенок у матери
 (считая умерших и не считая мертворожденных) _____ Дата рождения матери _____ Возраст матери (полных лет) _____
 Фамилия матери _____ Имя _____ Отчество (при наличии) _____
15. * Семейное положение: Состоял(а) в зарегистрированном браке Не состоял(а) в зарегистрированном браке
 Неизвестно
16. * Образование: профессиональное: Высшее Неполное высшее Среднее профессиональное Общее:
 Среднее Основное Начальное Дошкольное Не имеет начального образования Неизвестно
17. * Занятость: Работал(а) Проходил(а) военную или приравненную к ней службу Пенсионер(ка)
 Студент(ка) Не работал(ла) Прочие Неизвестно

* В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 13-14, пункты 15-17 заполняются в отношении их матерей

10. Причины смерти:

Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью Коды МКБ

I.					
а)	(Болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)				
б)	(Патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)				
в)	(Первоначальная причина смерти указывается последней)				
г)	(Внешняя причина при травмах и отравлениях)				

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

11. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течении 30 суток	1	, из них в течение 7 суток	2
12. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) [1], В процессе родов [2], В течении 42 после окончания беременности [3], Кроме того, в течении 43–365 дней после окончания беременности [4]			
13. Фамилия имя отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти _____ Подпись _____			
14. Фамилия, имя отчество (при наличии) получателя _____ Документ, удостоверяющий личность получателя (серия, номер, кем выдан) _____ СНИЛС получателя (при наличии) _____ «__» _____ 20__ г _____ Подпись получателя _____			
Линия отреза			

18. Смерть произошла: От заболевания [1], Несчастного случая: не связанного с производством [2] Связанного с производством [3] Убийства [4], Самоубийства [5]; В ходе действий: военных [6], Террористических [7], Род смерти не установлен [8]

19. В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти – указать дату травмы (отравления): Число ____ Месяц ____ Год ____ Час ____ Мин ____, а также место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление) _____

20. Причины смерти установлены: Врачом, только установившим смерть [1], Лечащим врачом [2], Фельдшером, акушеркой [3] Врачом–патологоанатомом [4], Врачом – судебно – медицинским экспертом [5]

21. Я, врач (фельдшер, акушерка) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии)) Должность _____ Удостоверяю, что на основании: Осмотра трупа [1], Записей в медицинской документации [2], Предшествующего наблюдения за пациентом [3] Вскрытия [4] Мною установлены причины смерти:

22. Причины смерти:

Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью Коды МКБ

I.					
а)	(Болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)				
б)	(Патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)				
в)	(Первоначальная причина смерти указывается последней)				
г)	(Внешняя причина при травмах и отравлениях)				

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

23. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течении 30 суток	1	, из них в течение 7 суток	2
24. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) [1], В процессе родов [2], В течении 42 после окончания беременности [3], Кроме того, в течении 43–365 дней после окончания беременности [4]			
25. Руководитель (иное уполномоченное лицо**) медицинской организации, индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность (подчеркнуть) _____			
Печать _____ (подпись) _____ (Фамилия, имя, отчество (при наличии))			
26. Свидетельство проверено ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств. «__» _____ 20__ г. _____ (Фамилия, имя, отчество (при наличии))			

** В случае, установленном частью 10 статьи 9 Федерального закона от 5 июня 2012 г. № 50–ФЗ «О регулировании деятельности российских граждан и российских юридических лиц в Антарктике» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 24, ст. 3067)

МСС является основанием для государственной регистрации смерти органами записи актов гражданского состояния¹ в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об актах гражданского состояния².

МСС оформляется на бумажном носителе или с согласия получателя формируется в форме электронного документа.

При формировании МСС в форме электронного документа согласие получателя оформляется в виде документа на бумажном носителе, составленного в простой письменной форме, подписанного получателем и медицинским работником медицинской организации, либо формируется в виде документа в электронной форме с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Заполнение пункта 22 МСС производится следующим образом. В каждом подпункте части I указывается только одна причина смерти, при этом может быть заполнена строка подпункта «а») (в исключительных случаях, причем такие МСС подлежат проверке соответствующими структурами), строки подпунктов «а» и «б» или, что наиболее желательно, строки подпунктов «а», «б» и «в» (рис. 4.3).

Для заполнения первых трех строк части I, как правило, используются коды из классов I-XIX по МКБ-10.

Строка подпункта «г» части I заполняется во всех случаях, когда причиной смерти являются травмы; на этой строке записывают формулировку внешней причины с указанием места происшествия, приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью и код внешней причины из класса XX «Внешние причины заболеваемости и смертности» по МКБ-10.

Заполнение первых трех строк части I пункта 22 МСС производится в обратной последовательности к рубрикам диагноза: формулировка основного заболевания (травмы) заносится, как правило, на строку подпункта «в». Затем выбирается 1–2 осложнения, из которых составляют «логическую последовательность» и записывают их в строках подпунктов «а» и «б». При этом состояние, записанное строкой ниже, должно являться причиной возникновения состояния, записанного строкой выше. Допускается производить отбор причин смерти для МСС и в другом порядке, начиная с непосредственной причины (примеры 1–3).

¹ Статья 64 Федерального закона от 15 ноября 1997 № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 47, ст. 5340; 2013, № 48, ст. 6165) (далее — Федеральный закон № 143-ФЗ).

² Часть 2 статьи 3 Федерального закона № 143-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 47, ст. 5340).

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Коды по МКБ				
I а) _____ Болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти						
б) _____ Патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)						
в) _____ Первоначальная причина смерти указывается последней						
г) _____ Внешняя причина при травмах и отравлениях						
II _____ Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Рис. 4.3. Пункт 22 медицинского свидетельства о смерти

Пример 1

Основное заболевание. **Острая (внезапная) коронарная смерть (I24.8)**
Очаги неравномерного кровенаполнения миокарда в межжелудочковой перегородке. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (II стадия, 3-я степень, стеноз до 50% ветвей левой и правой артерий, нестабильная атеросклеротическая бляшка с разрывом покрышки и кровоизлиянием в устье левой коронарной артерии). Острое общее венозное полнокровие. Жидкая кровь в полостях сердца и просвете аорты. Отек легких и головного мозга. Мелкоточечные кровоизлияния под эпикардом и плеврой.

Осложнения основного заболевания. —

Медицинское свидетельство о смерти

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
		I	2	4	.	8
I: а) острая (внезапная) коронарная смерть (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	10 мин					
б) _____ (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)						
в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)						
г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсичных веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Пример 2

Основное заболевание. **Изъязвленный субтотальный рак желудка (С16.8)** с обширным распадом опухоли (биопсия — умеренно дифференцированная аденокарцинома, №, дата). Метастазы рака в перигастральные лимфатические узлы, в печень, легкие (Т4N1M1).

Осложнения основного заболевания. Паранеопластический синдром (синдром гиперкоагуляции...). Обтурирующий красный тромб... коронарной артерии. **Инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка типа 2 (I21.0). Острая сердечная (левожелудочковая) недостаточность (I50.1).** Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания. Хронический калькулезный холецистит, стадия ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
		I	5	0	.	1
И: а) левожелудочковая недостаточность (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	10 мин	I	5	0	.	1
б) острый трансмуральный инфаркт передней стенки (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	2 сут	I	2	1	.	0
в) злокачественное новообразование желудка, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций (первоначальная причина смерти указывается последней)	5 лет	C	1	6	.	8
г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсичных веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Пример 3

Основное заболевание. **Рецидивирующий трансмуральный крупноочаговый инфаркт миокарда (тип 1) (I21.2):** свежие (давностью около 3 сут — или дата, размеры) и организующиеся очаги некроза (давностью около 25 сут, размеры) **в области задней стенки и задней сосочковой мышцы**

левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (II стадия, 2-я степень, стеноз ветвей левой артерии до 50%, нестабильная, с кровоизлиянием и разрывом покрышки атеросклеротическая бляшка левой огибающей артерии).

Фоновое заболевание. Реноваскулярная артериальная гипертензия (I15.0): эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца – 360 г, толщина стенки левого желудочка – 1,9 см, правого – 0,2 см). Стенозирующий атеросклероз почечных артерий (III стадия, 3-я степень, стеноз до 25% правой и обтурирующий организованный тромб левой артерий). Первично сморщенная левая почка (масса 25 г), атероартериолосклеротический нефросклероз правой почки.

Осложнения основного заболевания. Отрыв задней сосочковой мышцы левого желудочка (I23.5). Кардиогенный шок (R57.0) (клинически), жидкая темная кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов. Точечные кровоизлияния под плеврой и эпикардом. Острое общее венозное полнокровие. Респираторный дистресс-синдром.

Сопутствующие заболевания. Атеросклеротическая деменция (вид, другая характеристика – клинически), стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (II стадия, 2-я степень, стеноз преимущественно левой средней мозговой артерии до 50%), умеренно выраженные атрофия больших полушарий головного мозга и внутренняя гидроцефалия. Атеросклероз аорты (IV стадия, 3-я степень).

Медицинское свидетельство о смерти

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
		R	5	7	.	0
I: а) кардиогенный шок (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	10 мин	R	5	7	.	0
б) отрыв задней сосочковой мышцы левого желудочка сердца (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	2 сут	I	2	3	.	5
в) острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций (первоначальная причина смерти указывается последней)	5 лет	I	2	1	.	2

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II. Реноваскулярная артериальная гипертензия Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсичных веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)	11 лет	I15.0				

Рекомендуется, по возможности, использовать последний вариант оформления части I пункта 22 МСС (заполнение строк «а», «б» и «в»), так как это позволяет медицинскому статистику и другим специалистам увидеть всю «логическую последовательность» — логическую цепочку заболеваний и синдромов (состояний), приведших к смерти, оценить правильность оформления МСС и, при необходимости, объективно внести коррекцию.

Категорически запрещается оставлять «пустые», незаполненные строки, например, строку «б» при заполненных строках «а» и «в», или строку «а» при заполненной «б» и т.д.

Строка подпункта «г» части I пункта 22 в России при оформлении МСС предназначена для обозначения обстоятельств внешнего воздействия, обусловившего основную причину смерти несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму, и заполняется только судебно-медицинскими экспертами, если причиной смерти являются травмы и отравления.

Однако из этого правила есть исключения. Например, при инфекционном эндокардите протезированного клапана используют код Т82.6 («Инфекции и воспалительная реакция, связанные с протезом сердечного клапана») и дополнительную запись и код Y83.1 («Хирургические операции с имплантацией искусственного внутреннего устройства») в строке «г» МСС. Сходные правила действуют и для осложнений при трансплантации органов.

Не рекомендуется включать в МСС в качестве непосредственной причины смерти (смертельного осложнения) симптомы и состояния, сопровождающие

механизм смерти (танатогенеза), например, такие как сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших¹.

Однако это не относится к синдромам острой сердечной (левожелудочковой) недостаточности (I50.1), хронической (застойной) сердечной недостаточности (I50.0), острой респираторной (дыхательной) недостаточности (J96.0), хронической респираторной (дыхательной) недостаточности (J96.1), хронической легочно-сердечной недостаточности (I27.8) и ряду других при различной патологии, соответственно, сердца и легких, которые важно отличать от механизмов танатогенеза.

Часть II пункта 22 МСС включает прочие причины смерти — коморбидные заболевания (конкурирующие, сочетанные и фоновые), указанные в соответствующей рубрике диагноза и, которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали наступлению смерти.

В части II пункта 22 также указывают факты употребления алкоголя, наркотических средств (а также заболевания, связанные с ними), психотропных и других токсичных веществ (содержание их в крови), даже если в диагнозе они указаны в рубрике «Сопутствующие заболевания», некоторые социально значимые сопутствующие заболевания (например, очаговый туберкулез), а также произведенные хирургические операции (название, дата). Количество записываемых состояний в этой части МСС не ограничено¹.

Названия заболеваний, синдромов, состояний указываются в п. 22 МСС в терминах из справочника «Алфавитный указатель», основанного на модифицированном томе 3 МКБ-10, и внедренным в практику ФНС в России с 01.09.2021 г., независимо от того, применяется ли программное обеспечение или рукописный принцип заполнения бланка МСС.

Все указанные заболевания, синдромы (состояния) в частях I и II пункта 22 обязательно кодируются по МКБ-10 строго напротив их записи в графе МСС «Код по МКБ-10».

В графе МСС «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» напротив каждой записи в частях I и II пункта 22 указывается период времени в минутах, или часах, или днях, или неделях, или месяцах, или годах. *При этом следует учитывать, что в части I пункта 22, период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже².*

¹ Письма Минздравсоцразвития России от 19.01.2009 № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти»; Минздрава России от 26.04.2011 № 14-9/10/2-4150 «Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса IX МКБ-10»; от 14.03.2013. № 13-7/10/2-1691 «Применение принципов кодирования некоторых заболеваний класса IX болезней системы кровообращения по МКБ-10»; от 01.07.2016 № 13-2/10/2-4009 «Методические рекомендации по порядку статистического учета и кодирования болезни, вызванной ВИЧ в статистике заболеваемости и смертности».

² Письма Минздравсоцразвития России от 19.01.2009 № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти»; Минздрава России от 26.04.2011 № 14-9/10/2-4150 «Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса IX МКБ-10»; от 14.03.2013 № 13-7/10/2-1691.

Сведения о продолжительности болезней необходимы для получения информации о длительности заболевания и возрасте, в котором данный диагноз был поставлен. Необходимо также помнить, что, например, при врожденных заболеваниях длительность патологического процесса совпадает с возрастом умершего.

Записи в корешке МСС (если оно было оформлено в бумажном виде, в том числе и с применением компьютерных программ), остающемся в медицинской организации, должны быть строго тождественными его отрывной части (при электронном оформлении МСС на специальном портале Минздрава России корешок МСС не формируется).

Глава 5

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти

В Российской Федерации до 2021 г. медицинское свидетельство о перинатальной смерти (МСПС) — учетная форма № 106-2/у-08 была утверждена приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 26.12.2008 № 782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти».

Порядок оформления МСПС был изложен в письме Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2009 № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти».

Приказом МЗ РФ № 352н от 15.04.2021 (регистрационный номер Минюста РФ № 63697 от 31.05.2021) «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи»¹ с 01.09.2021г. введена новая учетная форма № 106-2/у «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» и порядок выдачи данной учетной формы.

МСПС выдается родителям (одному из родителей), а в случае если родители не имеют возможности лично получить медицинское свидетельство о перинатальной смерти, — родственнику одного из родителей или иному уполномоченному родителями (одним из родителей) лицу либо должностному лицу медицинской организации или должностному лицу иной организации, в которой находилась мать во время родов или находится ребенок, либо правоохранительным органам (далее — получатели) по их требованию.

МСПС выдает медицинская организация в течение суток с момента установления причины смерти², врач которой оказывал медицинскую помощь при родах или проводил судебно-медицинскую экспертизу (или патологоанатоми-

¹ Приказ Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи» (вместе с «Порядком выдачи учетной формы № 106/у «Медицинское свидетельство о смерти», «Порядком выдачи учетной формы № 106-2/у «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти»») (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.2021 № 63697)

² Пункт 1 статьи 8 Федерального закона от 12 января 1996 № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 3, ст. 146).

ческое вскрытие), или медицинская организация, в которую обратилась мать после родов, либо индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность (далее — медицинская организация).

МСПС выдается медицинской организацией в каждом случае смерти, является основанием для государственной регистрации рождения ребенка, родившегося мертвым или умершего на первой неделе жизни, органами записи актов гражданского состояния¹ в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об актах гражданского состояния². МСПС оформляется на бумажном носителе или с согласия получателя формируется в форме электронного документа.

Заполнение пункта 26 МСПС производится следующим образом. В пункте 26 делается запись как причин смерти (рождения мертвым) ребенка, так и патологии со стороны материнского организма, оказавшего на него неблагоприятное воздействие (рис. 5.1).

26. Причины перинатальной смерти:

	Коды по МКБ
а) _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(Основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка)	
б) _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(Другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка)	
в) _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(Основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка)	
г) _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(Другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка)	
д) _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(Другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти)	
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Рис. 5.1. Пункт 26 медицинского свидетельства о перинатальной смерти

Запись причин перинатальной смерти производится с соблюдением следующих требований: в строках подпунктов «а» и «б» указываются болезни или патологические состояния ребенка, родившегося мертвым или живым и умершего

¹ Часть 1 статьи 20 Федерального закона от 15 ноября 1997 № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 47, ст. 5340; 2013, № 48, ст. 6165) (далее — Федеральный закон № 143-ФЗ).

² Часть 2 статьи 3 Федерального закона № 143-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 47, ст. 5340).

в первые 168 ч жизни. Причем одно основное заболевание записывается в строке подпункта «а», а остальные, если таковые имеются, в строке подпункта «б».

Под основным заболеванием при заполнении МСПС подразумевается заболевание (состояние), которое, по мнению лица, оформляющего (формирующего) данное свидетельство, внесло наибольший вклад в причину рождения ребенка мертвым или смерти ребенка, родившегося живым и умершего в первые 168 ч суток жизни.

В строках подпунктов «в» и «г» записываются болезни или состояния матери, которые, по мнению медицинского работника, оформляющего (формирующего) МСПС, оказали какое-либо неблагоприятное воздействие на ребенка, родившегося мертвым или живым и умершего до 7 полных суток жизни. В этом случае наиболее важное заболевание (состояние) записывается в строке подпункта «в», а другие, если таковые имеются, в строке подпункта «г».

Строка подпункта «д» предусмотрена для записи других обстоятельств, которые способствовали смерти, но которые не могут быть охарактеризованы как болезнь или патологическое состояние плода, ребенка или матери.

Пример 1

Основное заболевание. **Респираторный дистресс-синдром новорожденных, болезнь гиалиновых мембран (P22.0).**

Фоновое заболевание. **Недоношенность** (срок гестационного возраста — 27 н.г.; масса тела 760,0; длина тела -34 см)

Осложнения основного заболевания. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром): множественные петехиальные кровоизлияния в паренхиму печени, почек, слизистую оболочку желудка, толстой кишки.

Сопутствующие заболевания. —

Патология последа. Хроническая **плацентарная недостаточность**, фетоплацентарная декомпенсированная форма с диссоциированным нарушением созревания ворсинчатого дерева.

Патология матери, беременности и родов. **Преэклампсия**

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти

26. Причины перинатальной смерти	Коды по МКБ				
а) синдром дыхательного расстройства у новорожденного (основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка)	P	2	2	.	0
б) недоношенность (другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка)	P	0	7	.	3
в) плацентарная недостаточность (основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка)	P	0	2	.	2

26. Причины перинатальной смерти	Коды по МКБ				
г) тяжелая преэклампсия (другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка)	Р	0	0	.	0
д) — _____ (другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти)					

В строках подпунктов «а» и «в» указывается только по одному заболеванию (состоянию) и соответственно по одному коду по МКБ-10. На остальных строках может быть записано несколько заболеваний (состояний). Формулировки заболеваний и состояний должны быть записаны на русском языке и без сокращений.

Пример 2

Основное заболевание: Внутривентрикулярное (нетравматическое) кровоизлияние 3-й степени у новорожденного (P52.2).

Осложнения основного заболевания. Массивная аспирация околоплодных вод. ДВС-синдром: множественные петехиальные кровоизлияния в паренхиму печени, почек, слизистую оболочку желудка, толстой кишки.

Сопутствующие заболевания. Крайне малая масса тела при рождении (срок гестационного возраста — 26 н.г.; масса тела — 520,0; длина тела — 31 см).

Патология последа. Центральное предлежание плаценты.

Патология матери, беременности и родов. Преждевременное отделение плаценты с кровотечением. Гипертоническая дисфункция матки.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти

26. Причины перинатальной смерти	Коды по МКБ				
I: а) внутривентрикулярное (нетравматическое) кровоизлияние 3-й степени у новорожденного (основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка)	Р	5	2	.	2
б) крайне малая масса тела при рождении. Внутривентрикулярная гипоксия, впервые отмеченная до начала родов (другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка)	Р Р	0 2	7 0	. .	1 0
в) поражения новорожденного, обусловленные предлежанием плаценты (основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка)	Р	0	2	.	0

26. Причины перинатальной смерти	Коды по МКБ				
<p>г) преждевременное отделение плаценты с кровотечением. Гипертоническая дисфункция матки (другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка)</p>	Р Р	0 0	2 3	. .	1 8
<p>д) — _____ (другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти)</p>					

Формат записи заболевания (состояния) должен соответствовать формату статистической формулировки в соответствии со справочником («Алфавитным указателем»), внедренным в практику ФНС России с 01.09.2021 г. — модифицированным алфавитным указателем (том 3) МКБ-10. Если установить заболевание (состояние) матери или состояние плаценты, которые могли бы оказать неблагоприятное влияние на ребенка, рожденного мертвым или живым и умершим до 7 полных суток жизни, не представляется возможным, в строках подпунктов «в» и «г» делается запись «неизвестно», «не установлено», а для кодирования используют искусственный код ХХХ.Х в строке подпункта «в».

При формировании МСПС в форме электронного документа на специальном портале Минздрава России согласие получателя оформляется в виде документа на бумажном носителе, составленного в простой письменной форме, подписанного получателем и медицинским работником медицинской организации, либо формируется в виде документа в электронной форме с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Кодирование причин перинатальной смерти производится медицинским работником в соответствии с правилами МКБ.

Каждое заболевание (состояние), записанное в строках подпунктов «а», «б», «в», «г» и «д», кодируется отдельно.

В отличие от МСС пункт «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» в МСПС отсутствует.

Правила выбора причин, которые используются для статистической разработки общей смертности, неприменимы к свидетельству о причине перинатальной смерти. ВОЗ рекомендует ряд правил кодирования, нарушения которых не допускается.

Правило П 1 — Сведения о механизме смерти или недоношенности, записанные в разделе «а».

Если в разделе «а» записаны такие состояния как сердечная недостаточность, асфиксия или аноксия (любое из состояний, относящихся к рубрикам Р20.-, Р21.-) или недоношенность (любое из состояний, относящихся к рубрике Р07.-), а другие состояния новорожденного или плода записаны

в разделе «б», то требуются пересмотр основного заболевания, и кодирование в разделе «а» состояния новорожденного или плода, отмеченного в рубрике «б».

Пример 3

Основное заболевание. Гидроцефалия (Q03.9).

Осложнения основного заболевания. Тяжелая асфиксия при рождении (P 21.0) Массивная аспирация околоплодных вод. Двусторонняя сливная аспирационная пневмония.

Сопутствующие заболевания. —

Патология последа. Хроническая плацентарная недостаточность, маточно-плацентарная субкомпенсированная форма.

Патология матери, беременности и родов. Затрудненные III роды при сроке гестации 38 нед. Тяжелая преэклампсия.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти

26. Причины перинатальной смерти	Коды по МКБ				
И: а) тяжелая асфиксия при рождении (основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка)	P	2	1	.	0
б) гидроцефалия (другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка)	Q	0	3	.	9
в) затрудненные роды (основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка)	P	0	3	.	1
г) тяжелая преэклампсия (другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка)	P	0	0	.	0
д) — _____ (другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти)					

Правило П 2 — Два или более состояний записаны в разделе «а» или «в».

Если два или более состояний записаны в разделе «а» или в разделе «в», кодируют первое из упомянутых состояний, как если бы оно одно было записано в разделе «а» или в разделе «в», а другие состояния кодируют так, как если бы они находились в разделах «б» и «д».

Пример 4

Основное заболевание. Субдуральное кровоизлияние при родовой травме (P10.0).

Осложнения основного заболевания. Интранатальная внутриутробная гипоксия (P 20.9) Массивная аспирация мекониальных околоплодных вод (P24.0). Двусторонняя сливная аспирационная пневмония. Двусторонний пневмоторакс. Акцидентальная трансформация вилочковой железы III–IV ст. Неонатальная гипогликемия.

Сопутствующие заболевания. Подковообразная почка

Патология последа. Диссоциированное нарушение созревания ворсинчатого дерева, вариант промежуточных дифференцированных ворсин.

Патология матери, беременности и родов. Родоразрешение с наложением щипцов при сроке гестации 40 нед. Тяжелая преэклампсия

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти

26. Причины перинатальной смерти	Коды по МКБ				
а) субдуральное кровоизлияние при родовой травме Массивная аспирация мекония Внутриутробная гипоксия (основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка)	P	1	0	.	0
б) неонатальная гипогликемия (другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка)	P	2	4	.	0
	P	2	0	.	9
	P	7	0	.	4
в) поражение новорожденного, обусловленное родоразрешением с наложением щипцов (основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка)	P	0	3	.	2
г) тяжелая преэклампсия (другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка)	P	0	0	.	0
д) — _____ (другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти)					

Правило П 3 – Отсутствие записей в разделе «а» или разделе «в».

Если в разделе «а» нет записей, но записи о состоянии новорожденного или плода есть в разделе «б», кодируют первое из упомянутых состояний в разделе «б», как если бы оно одно было записано в разделе «а», или в разделе «в», а другие состояния кодируют так, как если бы они находились в разделах «б» и «д».

Аналогичным образом, если нет записей в разделе «в», но имеются записи о состоянии матери в разделе «г», кодируют первое из упомянутых в разделе «г» состояний, как если бы оно было указано в разделе «в», если отсутствуют записи в разделах «в» и «г», используют в разделе «в» искусственный код (XXX.X), чтобы подчеркнуть отсутствие сведений о здоровье матери.

Пример 5

Основное заболевание. **Разрыв мозжечкового намета при родовой травме (P10.4).**

Сочетанное заболевание. Респираторный дистресс-синдром новорожденного: болезнь гиалиновых мембран.

Осложнения основного заболевания. Массивная аспирация мекониальных околоплодных вод. Острое венозное полнокровие и множественные мелкие кровоизлияния в веществе головного мозга, внутренних органов.

Сопутствующие заболевания. —

Патология последа. Плацента II триместра беременности (22 н.г.) с аномалией формы — окруженная валиком.

Патология матери, беременности и родов. **Бактериальный кольпит в 20 нед. Дородовое излитие околоплодных вод. Преждевременные роды в 22 нед беременности.**

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти

26. Причины перинатальной смерти	Коды по МКБ				
И: а) — _____ (основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка)					
б) разрыв мозжечкового намета при родовой травме Респираторный дистресс-синдром (другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка)	P P	1 2	0 2	. .	4 0
в) — _____ (основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка)	X	X	X	.	X
г) тяжелая преэклампсия (другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка)	P	0	0	.	0
д) — _____ (другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти)					

Правило П 4 – Состояния, ошибочно записанные в другом разделе.

Если состояние матери (то есть состояние, относящееся к рубрикам R00–R04) записано в разделе «а» или «б» или если состояние новорожденного или плода указано в разделе «в» или «г», кодируют эти состояния так, как если бы они были записаны в соответствующих им разделах.

Если состояние, квалифицируемое как состояние новорожденного или плода, или как состояние матери, ошибочно внесено в раздел «д», его кодируют как прочее состояние плода или матери соответственно в разделах «б» или «г».

Глава 6

Правила формулировки диагноза, выбора и кодирования причин смерти в соответствии с рекомендациями МКБ-10¹

КЛАСС I. НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ (A00–B99)^{2, 3}

Общие подходы к формулировке судебно-медицинского и патологоанатомического диагнозов при инфекционных и паразитарных заболеваниях

Многие инфекционные и гнойно-воспалительные поражения разных органов и систем включены в МКБ-10 в другие классы заболеваний, например, менингиты при бактериальных болезнях представлены в классе VI «Болезни нервной системы», грипп — в классе X «Болезни органов дыхания», новая коронавирусная инфекция (COVID-19) в класс XXII «Коды для специальных целей» и т.д.

Нозологические единицы из класса инфекционных и паразитарных болезней чаще являются основными заболеваниями. Однако некоторые, например, сепсис, могут быть как основным заболеванием (криптогенный, ятрогенный сепсис и т.д.), так и преимущественно осложнением основного заболевания.

¹ В данной главе названия классов заболеваний представлены по МКБ-10.

² Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации. Серия «Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов» / под ред. Г.А. Франка, О.В. Зайратьянца, П.Г. Малькова, Л.В. Кактурского. Москва : «Практическая медицина», 2016.

³ Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов RPS4.1 (2016) «Формулировка патологоанатомического диагноза при некоторых инфекционных и паразитарных заболеваниях (Класс I «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» МКБ-10)». Франк Г.А., Пархоменко Ю.Г., Зюзя Ю.Р., Соловьева И.П., Зайратьянец О.В., Цинзерлинг В.А. и соавт. Утверждены на IX Пленуме Российского общества патологоанатомов (2016).

В отдельных случаях инфекционное заболевание может быть указано в рубрике «Сопутствующие заболевания» (например, хронический вирусный гепатит С без признаков активности).

Наиболее частыми фоновыми заболеваниями для инфекционных и паразитарных болезней у взрослых являются сахарный диабет, алкоголизм и хроническая алкогольная интоксикация, хроническая наркомания, при которых подразумевается развитие вторичного иммунодефицитного синдрома. При формулировке диагнозов иммунологического подтверждения синдрома вторичного иммунодефицита не требуется, и он в диагноз не включается (пример 1).

Пример 1

Основное заболевание. **Сальмонеллез, генерализованная форма (A02.1):** бактериологическое исследование (возбудитель, дата): острые энтероколит, менингит.

Фоновое заболевание. **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями (F10.1):** алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, хронический индуративный панкреатит.

Осложнения основного заболевания. **Септический шок (R57.2).** Синдром системного воспалительного ответа: Гиперплазия селезенки (масса — ...). Синдром полиорганной недостаточности: Острое общее венозное полнокровие. Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания. Узловая гиперплазия предстательной железы без стеноза уретры.

Медицинское свидетельство о смерти

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ					
		R	5	7	.	2	
а) септический шок (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	1 сут	R	5	7	.	2	
б) сальмонеллезный сепсис (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	10 сут	A	0	2	.	1	
в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)							

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
<p>II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсичных веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)</p> <p>Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя без синдрома зависимости</p>	5 лет	F10.1				

Нозологическая форма должна быть максимально расшифрована с указанием формы, стадии, вида возбудителя в соответствии с национальными и/или международными классификациями данной инфекции, а также морфологической характеристики выявленных изменений и ведущих клинико-лабораторных и посмертных лабораторных и гистологических (при возможности) данных (интранозологическая характеристика), позволивших сформулировать диагноз.

Например, диагноз «иерсиниоз» (*Yersinia enterocolitica*) должен содержать указания на этиологию, клинико-анатомическую форму и морфологические проявления заболевания (пример 2).

Пример 2

Основное заболевание. **Иерсиниозный энтерит (абдоминальная форма)** (бактериологическое исследование — дата) с поражением тонкой кишки (**язвенно-некротический энтерит**) (A04.6).

Осложнения основного заболевания. **Перфорация тощей (или подвздошной) кишки (K63.1), разлитой фибринозно-гнойный перитонит (K65.0)**, гиперплазия мезентериальных лимфатических узлов и селезенки.

Медицинское свидетельство о смерти

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I: а) острый перитонит (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	2 сут	К	6	5	.	0
б) перфорация кишечника (нетравматическая) (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	2 сут	К	6	3	.	1
в) энтерит, вызванный <i>Yersinia enterocolitica</i> (первоначальная причина смерти указывается последней)	10 сут	А	0	4	.	6
г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсичных веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Смертельное осложнение (непосредственная причина смерти) должно быть конкретным, отражать синдромы, а не механизмы танатогенеза, и не включать такие неинформативные термины, как, например, «общая интоксикация» и др.

Если одновременно диагностировано более одного инфекционного заболевания, то основным заболеванием выставляют более тяжело протекающую инфекцию с ведущей ролью в танатогенезе, а при прочих равных условиях — ту, которая эпидемиологически и социально наиболее опасна. В сложных наблюдениях (например, верифицированный COVID-19 или грипп в эпидемический период, при наличии инфекции вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) в стадии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД)) приоритет должен

отдаваться инфекции с максимально выраженными проявлениями с учетом рекомендаций МКБ-10 и Минздрава России (в настоящее время основным заболеванием в таких случаях указывается COVID-19 или грипп).

Если возбудитель инфекционного заболевания остался неизвестным (неуточненным), но доказан сам факт инфекционного заболевания, то его правильно кодировать как инфекцию неуточненной этиологии и, таким образом, в виде исключения, допускается после патологоанатомического или судебно-медицинского вскрытия употреблять коды с четвертым знаком «.9» (примеры 3, 4).

Пример 3

Основное заболевание. **Хронический вирусный гепатит неуточненной этиологии с исходом в мелкоузловой цирроз печени (В 18.9)**, степень активности — ..., фаза ..., стадия по системе Чайлда–Пью — ...

Фоновое заболевание. **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями (F10.1)**: алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, хронический индуративный панкреатит.

Осложнения основного заболевания. **Печеночная кома (K72.0)**. Отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Сопутствующие заболевания. Узловая гиперплазия предстательной железы без стеноза уретры.

Медицинское свидетельство о смерти

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
		К	7	2	.	0
а) печеночная кома. (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	5 сут	К	7	2	.	0
б) хронический вирусный гепатит неуточненный. (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	1 мес	В	1	8	.	9
в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)						
г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)						

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ
<p>II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсичных веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)</p> <p>Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя без синдрома зависимости</p>	5 лет	F10.1

Пример 4

Основное заболевание. **Острый гастроэнтерит неуточненной этиологии (A09.9).**

Фоновое заболевание. **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями (F10.1):** алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, хронический индуративный панкреатит.

Сложнения основного заболевания. **Инфекционно-токсический шок (R57.8).** Острое общее венозное полнокровие. Гиперплазия селезенки. Отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Медицинское свидетельство о смерти

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
<p>I: а) другие виды шока (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)</p>	1 сут	R	5	7	.	8
<p>б) диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)</p>	5 сут	A	0	9	.	9

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)						
г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсичных веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя без синдрома зависимости	5 лет	F10.1				

Инфекционные патологические процессы по этиологии могут быть смешанными (различные сочетания вирусных, бактериальных, микоплазменных и других поражений). В случаях, которые специально не оговорены в МКБ-10, как, например, при вирусно-бактериальных пневмониях, диагноз может быть сформулирован как при коморбидности (основное и конкурирующие, сочетанные или фоновое инфекционные заболевания), если иное не рекомендуется ВОЗ, как, например, при COVID-19 или гриппе.

Вирусные гепатиты

Печень могут поражать различные инфекционные агенты, но среди гепатитов преобладают вирусные, вызванные вирусами гепатита:

- А (возбудитель — рибонуклеиновую кислоту (РНК) содержащий пикорнавирус);
- В (возбудитель — дезоксирибонуклеиновую кислоту (ДНК) содержащий вирус из группы печеночных);
- D (возбудитель — РНК-содержащий вирус — дельта-агент, для репликации ему необходим вирус гепатита В);

- С и Е (группа гепатитов «ни А ни В», их возбудители — РНК-содержащие вирусы).

Гепатиты А и Е являются эпидемическими заболеваниями.

Исключить вирусную этиологию гепатита на основании лишь отрицательных результатов лабораторного исследования первого уровня невозможно, так как использованные методы могли быть недостаточно чувствительны. Вирусный гепатит В может протекать и при постоянном или временном отсутствии в крови HBsAg (так называемый *occult* — оккультный, скрытый гепатит). Кроме того, лабораторная диагностика не налажена в отношении всех возбудителей, предполагается существование и еще неоткрытых агентов.

При вирусных гепатитах В и С доказана возможность развития генерализованных инфекций с поражением, кроме паренхимы печени, микроциркуляторного русла, многих внутренних органов, головного мозга и плаценты.

Как проявление или осложнение основного заболевания острый гепатит может наблюдаться при инфекционных болезнях, вызванных негепатотропными вирусами (краснуха, простой герпес, инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная инфекция и т.д.).

Острые вирусные гепатиты, вызванные гепатотропными вирусами, по этиологии представлены в МКБ-10 вирусами А, В (с и без дельта-вируса или дельта-антигена — вируса D), С и Е («ни А ни В»), причем они шифруются разными кодами, в зависимости от наличия или отсутствия печеночной комы (коды В15—В17). Другие уточненные острые вирусные гепатиты шифруются кодом В17.8. В диагнозе острого вирусного гепатита, кроме его этиологии, должны быть отражены характер (форма) течения, степень тяжести заболевания, внепеченочные проявления и др.

Хронические вирусные гепатиты. В МКБ-10 хронические вирусные гепатиты, в зависимости от их этиологии (вирусы В, С и другие или вирусные неуточненные) шифруются кодами В18.0—В18.9. Аутоиммунный хронический гепатит шифруется кодом К75.4, из класса XI (Болезни органов пищеварения), хронические гепатиты, не классифицированные в других рубриках, — кодами рубрики К73.-.

Степень активности хронического гепатита определяется тяжестью (распространенностью) некроза гепатоцитов и воспалительного процесса. Описаны различные системы определения степени активности хронического гепатита в биопсийном материале, которые следует использовать и при аутопсии (с учетом того, что фиброз, как правило, более выражен в левой, а активность воспаления — в правой доле печени). Чаще используют полуколичественный гистологический индекс активности (НАI — система Knodell, с балльной оценкой разных компонентов повреждения). Первые три составляющие отражают степень активности, четвертая — стадию процесса.

Более современна классификация активности хронического гепатита группы METAVIR (1996), разработанная для гепатита С. Стадии хронического гепатита можно определять по разным классификациям — R.G. Knodell, V. Desmet или R.J.Scheuer.

Циррозы печени вирусной этиологии должны трактоваться как развившиеся в исходе хронического вирусного гепатита. По классификации стадий гепатитов цирроз рассматривается как IV стадия (финальная) хронического гепатита

(фиброз + формирование ложных долек и нарушение архитектоники печени). **Поэтому, вирусные циррозы печени кодируются кодами класса I по МКБ-10 (хронические вирусные гепатиты с исходом в цирроз печени)**, а диагноз должен быть сформулирован по одному из двух вариантов (примеры 5, 6).

Пример 5

Основное заболевание. **Хронический вирусный гепатит (вирусы гепатита В и дельта – метод и дата вирусологического исследования), умеренной степени активности с развитием макро-микронодулярного цирроза печени (В18.0)**, фаза субкомпенсации, класс ... по системе Чайлда–Пью, результаты биопсии печени (... дата), перечисление внепеченочных проявлений ...

Осложнения основного заболевания. **Хроническая печеночная недостаточность: (характеристика) (К72.1).**

Медицинское свидетельство о смерти

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
		К	7	2	.	1
I: а) хроническая печеночная недостаточность (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	1 мес					
б) хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	1 год.					
в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)						
г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсичных веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Пример 6

Основное заболевание. **Макро- и микронодулярный цирроз печени в исходе хронического вирусного гепатита (вирусы гепатита В и дельта — метод и дата вирусологического исследования) (B18.0)**, умеренной степени активности, фаза субкомпенсации, класс... по системе Чайлд–Пью, результаты биопсии печени (... , дата), перечисление внепеченочных проявлений: ...

Осложнения основного заболевания. **Хроническая печеночная недостаточность: (характеристика) (K72.1).**

Медицинское свидетельство о смерти

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
		К	7	2	.	1
а) хроническая печеночная недостаточность (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	1 мес					
б) хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»)	1 год					
в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней)						
г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях)						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсичных веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Диагноз «цирроз печени» должен включать его этиологию, морфологическую форму, активность, фазу, класс по системе Чайлд–Пью, желательны, результаты гистологического исследования печени, характеристику (стадии) печеночной

(печеночно-клеточной), печеночно-почечной недостаточности, внепеченочных проявлений (синдрома портальной гипертензии) и другие особенности заболевания.

Недопустимо циррозы печени уточненной вирусной этиологии шифровать кодом класса XI «Болезни органов пищеварения» (K74.6).

В виде исключения, в МСС целесообразно указывать в части II п. 22 факт инфицирования вирусами гепатитов В, С, Д (выявление маркеров в сыворотке крови без клинико-морфологических проявлений, хронические вирусные гепатиты, в том числе на стадии цирроза печени), даже когда в диагнозе они указаны в рубрике «Сопутствующие заболевания».

Сепсис

В соответствии с Международным консенсусом Sepsis-3 (2016) выделяют две формы сепсиса, причем синдром полиорганной недостаточности (органическая дисфункция) является определяющим диагностическим критерием: сепсис (вместо сепсиса и «тяжелого» сепсиса по клинической классификации (Чикаго, 1991) и септический шок.

Эксперты Российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям (РАСХИ, 2016) дают следующую дефиницию сепсиса: *«Сепсис — это угрожаемое жизни полиэтиологическое инфекционное заболевание, квалифицируемое как осложнение, или состояние, или синдром. Сепсис характеризуется системной воспалительной реакцией в ответ на инфекцию различной природы (бактериальную, микотическую и, как предлагает ряд авторов, вирусную), ациклическостью течения, измененной реактивностью организма (преимущественно иммуносупрессией), органической дисфункцией и повреждением с развитием полиорганной недостаточности и/или шока».*

С позиций формулировки диагноза сепсис представляет собой групповое понятие, включающее в себя как нозологические формы (например, криптогенный — без выявленного первичного очага, и ятрогенный сепсис), так и синдромы — осложнения локальных инфекционно-воспалительных процессов.

В диагнозе следует указать этиологию сепсиса и его проявления. Септический шок, так же как и эндотоксиновый шок (выделенный отдельно в МКБ-10) во всех случаях расцениваются как осложнение основного заболевания. Используемые термины септический, бактериальный или инфекционно-токсический шок являются синонимами, однако при сепсисе предпочтительным является термин септический шок (именно этот термин есть в МКБ-10).

Этиологическая классификация сепсиса, представленная в МКБ-10, включает практически весь спектр бактерий, а также некоторых грибов (кандида) и даже вирусов (герпес). Однако генерализованные формы микотических и вирусных инфекций, как и особенно генерализованные формы некоторых бактериальных инфекций (туберкулез, скарлатина, сальмонеллез и др.), не следует относить к сепсису. В настоящее время эта дискуссия вновь разгорелась в связи с изменениями, типичными для септического шока при COVID-19, без бактериальной или микотической коинфекции. При COVID-19 такие осложнения, как сепсис или септический шок, вполне правомочны.

Кроме того, некорректно считать синонимами сепсиса такие понятия, как «диссеминированная инфекция», «септическое состояние», «септический синдром», которые недопустимо использовать в диагнозе. Термин «генерализованная инфекция» применим только по отношению к вирусным и микоплазменным инфекциям, особенно в детском возрасте.

В связи с принципиальной важностью определения этиологии, во всех случаях сепсиса или подозрения на него у умерших во время вскрытия должен производиться забор материала (крови и образцов разных органов) для бактериологического исследования, независимо от того, проводились или нет такие исследования при жизни больного. Целесообразно также изготовление мазков-отпечатков с последующим бактериоскопическим исследованием, по возможности применять современные молекулярно-биологические (полимеразной цепной реакции (ПЦР) тест) и иные методы диагностики возбудителей инфекции.

...

КЛАСС II. НОВООБРАЗОВАНИЯ (C00–D48)

Онкологические заболевания не имеют искусственного приоритета при формулировке диагноза. Новообразования могут быть основным (первоначальной причиной смерти), коморбидным (конкурирующим, сочетанным, фоновым) или сопутствующим заболеваниями. В случае летального исхода новообразование становится основным заболеванием, если доказано, что оно явилось причиной развития смертельного осложнения (непосредственной причины смерти) или смерть наступила в результате осложнений методов его лечения, причем проведенного правильно и по показаниям (в других ситуациях вступают в силу правила формулировки диагноза при ятрогенной патологии, развившейся вследствие дефектов оказания медицинской помощи).

Если онкологическое заболевание излечено (и это документировано на вскрытии), оно не может фигурировать в любой рубрике диагноза.

Рубрики C76–C80 включают в себя злокачественные новообразования, для которых нельзя однозначно определить исходную локализацию или процесс определен как «диссеминированный», «рассеянный» или «распространенный» без уточнения первичной локализации. В обоих случаях расположение первичного узла (очага) предполагается неизвестным.

Функциональная активность. Все новообразования в этом классе МКБ-10 классифицируются независимо от их функциональной активности. Для указания на функциональную активность можно было бы использовать дополнительный код из класса IV. Например, катехоламин продуцирующая злокачественная феохромоцитома надпочечников должна кодироваться основным кодом C74 с дополнительным кодом E27.5; базофильная аденома гипофиза с синдромом Кушинга должна кодироваться основным кодом D35.2 с дополнительным кодом E24.0. Однако в Российской Федерации двойное кодирование при оформлении диагнозов и МСС запрещено.

В классе II новообразования классифицируются преимущественно по локализации в обширных группах, характеризующихся различным течением. В некоторых исключительных случаях патоморфология указывается в названии рубрики и подрубрики. Для определения гистологического типа новообразования, имеется перечень морфологических кодов в специально международной классификации в онкологии, которая регулярно обновляется. Перечень, который вошел в русскоязычный опубликованный перевод МКБ-10 в 1995 г., устарел. Последние издания МКБ-О доступны на вебсайте классификаций ВОЗ (www.who.int/classifications).

Особого внимания в классе II заслуживает специальное использование четвертого знака кодов (.8). В тех случаях, когда нужно было предусмотреть коды для «других», они в этом классе получили общее обозначение (.7).

Рубрики C00–C75 классифицируют первичные злокачественные новообразования соответственно их месту происхождения. Многие из трехзначных рубрик, в свою очередь, разделены на поименованные части, или – подрубрики рассматриваемого органа. Новообразование, перекрывающее два или более соседних органа или чье место возникновения, не может быть определено, должно быть отнесено к коду (.8) («перекрывающееся поражение»), если такая комбинация специально не указана в другом месте. Например, карцинома пищевода и желудка отдельно указана с кодом C16.0 (кардия), в то время как карцинома кончика и вентральной поверхности языка должна быть отнесена к рубрике C02.8. С другой стороны, карцинома кончика языка, поражающая вентральную поверхность, должна кодироваться рубрикой C02.1 поскольку место возникновения, кончик языка, известно. «Перекрывающее» подразумевает, что вовлеченные в патологический процесс места соприкасаются (расположенные рядом). Соседние номера кодов часто анатомически соседствуют, но это верно не во всех случаях (например, мочевого пузыря C67), и для определения топографических взаимоотношений при кодировании следует обращаться к анатомическому строению органов. Иногда новообразование перекрывает границы (выходит за границы) трехзначных рубрик в определенных системах. Для учета этих случаев были определены следующие коды, например:

- поражение языка, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций [Перекрывающееся поражение] C08.8;
- поражение больших слюнных желез, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций [Перекрывающееся поражение] C14.8;
- поражение губ, полости рта и глотки, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций [Перекрывающееся поражение] C21.8;
- поражение прямой кишки, ануса и анального канала, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций [Перекрывающееся поражение] C24.8;
- поражение желчных путей, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций [Перекрывающееся поражение] C26.8;
- поражение пищеварительной системы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций [Перекрывающееся поражение] C39.8;
- поражение органов дыхания и грудной клетки, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций [Перекрывающееся поражение] C41.8;

- поражение костей и суставных хрящей, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций [Перекрывающееся поражение] C49.8;
- поражение соединительной и мягких тканей, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций [Перекрывающееся поражение] C57.8;
- поражение женских половых органов, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций [Перекрывающееся поражение] C63.8;
- поражение мужских половых органов, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций [Перекрывающееся поражение] C68.8;
- поражение мочевых органов, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций [Перекрывающееся поражение] C72.8.

Например, рак желудка и тонкой кишки, который должен кодироваться как C26.8 (Перекрывающиеся поражения пищеварительной системы).

Злокачественные новообразования эктопической ткани кодируются по месту, в котором их обнаружили, например, эктопические панкреатические злокачественные новообразования яичников кодируются рубрикой (C56 Злокачественные новообразования яичников).

Помимо локализации, при кодировании новообразований необходимо принимать во внимание морфологию и характер течения, и для поиска морфологического описания предназначен Алфавитный указатель (том 3) МКБ-10, который после актуализации с 01.09.2021 г. внедрен как единый справочник для оформления и контроля МСС.